



Herzlich willkommen bei BaiBun! Dieses Formular hilft dabei, die Behandlung individuell auf Ihre Bedürfnisse und Ihre gesundheitliche Situation abzustimmen. Vielen Dank für Ihr Vertrauen.

1 Persönliche Angaben

NAME, VORNAME

GEBURTSDATUM

STRASSE, HAUSNUMMER

PLZ, ORT

TELEFON

E-MAIL

NOTFALLKONTAKT (NAME, TELEFON)

2 Allgemeine Angaben

Nehmen Sie derzeit Medikamente ein? ☐ Ja ☐ Nein

Sind Sie derzeit schwanger? ☐ Ja ☐ Nein

3 Gesundheitsinformationen

Diese Angaben helfen dabei, die Thai Solution Massage sicher und individuell auf Ihre Bedürfnisse abzustimmen. Sie werden vertraulich behandelt, ersetzen keine ärztliche Anamnese und führen nicht zu einer medizinischen Diagnose.

LEIDEN SIE AN EINER DER FOLGENDEN ERKRANKUNGEN?

- | | |
|--|--|
| ☐ Bluthochdruck / niedriger Blutdruck | ☐ Bandscheibenvorfall / Rückenschmerzen |
| ☐ Migräne / Kopfschmerzen | ☐ Herz-Kreislauf-Erkrankungen |
| ☐ Thrombose / Krampfadern | ☐ Diabetes |
| ☐ Schilddrüsenprobleme | ☐ Krebserkrankung |
| ☐ Hauterkrankungen / Allergien | ☐ Epilepsie |
| ☐ Osteoporose | ☐ Sonstiges: _____ |

BITTE BESCHREIBEN SIE KURZ IHRE BESCHWERDEN / ERKRANKUNGEN

Wurden Sie bereits operiert? ☐ Ja ☐ Nein falls ja, welche und wann:



4 Massagewünsche

WELCHE ART VON MASSAGE WÜNSCHEN SIE SICH?

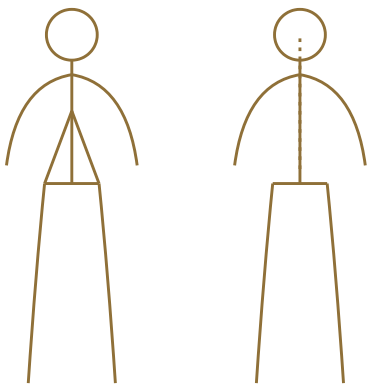
☐ Entspannung ☐ Verspannung lösen ☐ Energetisierend ☐ Sonstiges: _____

BEVORZUGTE DRUCKSTÄRKE

☐ Leicht ☐ Mittel ☐ Stark

Bereiche, die nicht massiert werden sollen? ☐ Ja ☐ Nein

5 Schmerz- / Problemzonen



BITTE MARKIEREN SIE IHRE SCHMERZ- ODER PROBLEMZONEN VON HAND AUF DEN GRAFIKEN (VORDER-/RÜCKSEITE).

☐ Schmerz ☐ Verspannung ☐ Taubheit / Kribbeln ☐ Sonstiges

6 Wichtige Hinweise & Einverständnis

- ♦ Die Thai Solution Massage ist eine Wellnessanwendung und ersetzt keine medizinische Behandlung. Es werden keine Diagnosen gestellt oder Heilversprechen abgegeben.
- ♦ Bitte informieren Sie mich vor jeder Anwendung über Veränderungen Ihres Gesundheitszustandes.
- ♦ Sagen Sie während der Massage jederzeit Bescheid, wenn der Druck zu stark oder Ihnen etwas unangenehm ist.

- ☐ Ich bestätige, dass ich alle Fragen wahrheitsgemäß beantwortet habe und über mögliche Risiken bei bestehenden Vorerkrankungen informiert wurde.
- ☐ Mir ist bekannt, dass es sich um eine Wellnessmassage handelt, und ich bin mit der Durchführung der Thai Solution Massage einverstanden.

ORT, DATUM

UNTERSCHRIFT KUNDE/IN

UNTERSCHRIFT PRAKTIKERIN

BaiBun Thai Solution Massage

Wanna Baumgärtner

Gustav-Adolf-Straße 8 · 01219 Dresden

01573 4621051 · info@baibun-thai-solution.de



BAIBUN-THAI-SOLUTION.DE